DE L'INCISION TRANSVERSALE

DU

VOILE DU PALAIS

COMME OPÉRATION PRÉLIMINAIRE

POUR L'EXTIRPATION DES POLYPES NASO-PHARYNGIENS.

DISSERTATION INAUGURALE

PRÉSENTÉE A LA

FACULTÉ DE MÉDECINE DE STRASBOURG

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR

PAR

ERNEST WEBER

de Rittershoffen (Alsace).

STRASBOURG

IMPRIMERIE DE R. SCHULTZ & COMP.

1884.

Gedruckt mit Genehmigung der medicinischen Facultät der Universität Strassburg.

Referent : **Prof. Dr. LÜCKE.**

DE L'INCISION TRANSVERSALE

DU VOILE DU PALAIS

COMME OPÉRATION PRÉLIMINAIRE

POUR L'EXTIRPATION DES POLYPES NASO-PHARYNGIENS.

Les polypes naso-pharyngiens constituent une affection des plus graves et qui met bientôt les jours du malade en danger par la gêne de la déglutition et de la respiration, ainsi que par les hémorragies, si l'on n'y porte remède d'une façon radicale. Or, comme ces tumeurs sont continues au périoste de la base du crâne et sont ainsi très difficiles à atteindre, il n'est pas étonnant que l'on ait proposé un grand nombre d'opérations préliminaires, elles-mêmes souvent très dangereuses, pour se faciliter l'accès de cette région cachée et empêcher par une destruction radicale du néoplasme les récidives si fréquentes.

C'est dans le but de revoir ces méthodes, d'en établir les indications et de décrire un nouveau procédé proposé par M. le professeur Bœckel et exécuté toujours avec succès, que j'ai entrepris ce travail.

Si nous commençons par l'énumération des procédés

qui doivent faciliter l'accès de la tumeur, en n'intéressant que les parties molles, il y en a deux à citer, la fente médiane des parties molles du nez le long de la cloison médiane, augmentée souvent encore de la fente avec décollement de la lèvre supérieure (Syme), et la fente longitudinale du voile du palais, pratiquée d'abord par Manne, chirurgien d'Avignon.

Quelque peu plus graves que ces procédés, sont les résections partielles du maxillaire, qui furent substituées à la résection totale, quand on en eut reconnu la gravité.

Il y a d'abord le procédé de Michaux, qui consiste à enlever les os propres du nez et l'apophyse montante du maxillaire supérieur.

De même que Manne, Nélaton fendit le voile du palais, décolla la muqueuse et le périoste de la voûte palatine, perça celle-ci avec un perforateur de chaque côté de la ligne médiane, engagea dans chacun des trous les mors d'une pince de Liston et fit éclater le pont osseux qui les séparait et la partie postérieure de la voûte.

Une troisième méthode est celle de Huguier, qui consiste à scier la base de l'apophyse montante et à mettre à nu la partie antérieure du sinus maxillaire au moyen de la gouge et du maillet.

De même, Chassagnac, après avoir récliné du côté droit un lambeau comprenant la peau et une partie des cartilages du nez, enleva avec la scie à chaîne, après avoir pratiqué au moyen d'un trépan une ouverture conduisant de l'un des orbites dans l'autre, les os du nez et l'apophyse montante du maxillaire.

Reste encore à citer la méthode de Gussenbauer, qui fend la ligne médiane du palais dans toute sa longueur jusque sur l'os et enlève au moyen du ciseau la voûte palatine et, si c'est nécessaire, une partie du vomer.

Comme toutes ces méthodes nécessitaient toujours l'ablation d'une partie saine des os de la face, on eut l'idée de ne déplacer les os que momentanément en les laissant en rapport avec les parties molles, et c'est ainsi que prirent naissance les résections temporaires que nous allons énumérer en les divisant (voy. Goguel, *De la Résection temporaire des os de la face*), selon le chemin que choisit le chirurgien, en voie nasale et maxillaire.

Voie nasale.

La première résection temporaire fut celle des os du nez et de l'apophyse montante du maxillaire supérieur, pratiquée par M. Langenbeck, dans le but d'extirper un polype naso-pharyngien.

L'opération fut exécutée de la façon suivante :

Après avoir fait une incision partant de la racine du nez, et allant jusqu'à la narine droite, M. Langenbeck disséqua l'os nasal droit en ne lui laissant en fait de parties molles que son périoste, puis il sépara d'un coup de pince l'os nasal de celui de l'autre côté jusqu'à l'os frontal, coupa l'apophyse montante du maxillaire supérieur à sa base, luxa ces deux os sur le front, de sorte que ces os étaient reliés au frontal par un pont com-

prenant d'un côté le périoste, de l'autre le périoste et la muqueuse. Suture des parties molles.

Un grand inconvénient de cette méthode c'est que, l'os n'étant plus nourri que par le périoste, on risque une nécrose de l'os nasal. Cet inconvénient fut signalé d'abord par M. Eug. Bœckel, qui propose dans sa traduction du *Traité des Résections de Heyfelder* (1863) de former un lambeau ostéo-cutané, comprenant l'os nasal comme il suit :

1° On fait une incision transversale sur le dos du nez, allant d'un sac lacrymal à l'autre, immédiatement au-dessous du tendon de l'orbiculaire; une seconde incision part de l'extrémité droite de la première, descend dans le sillon naso-génien jusqu'à l'aile du nez qu'elle détache. Une troisième incision divise la sous-cloison à son union avec la lèvre.

2° A l'aide d'un troicart on perce le nez d'un sac lacrymal à l'autre et l'on divise les os dans le sens de la première incision avec la scie à chaîne. Un second trait, donné avec une scie à guichet, divise les os dans le sens de l'incision verticale. Enfin, il reste à couper verticalement la cloison des fosses nasales aussi loin en arrière que possible; on y parvient moyennant une pince de Liston, un fort bistouri ou une petite scie.

3° On replie le vaste lambeau comprenant presque toute la saillie du nez vers le côté droit, en brisant l'apophyse montante de ce côté à sa base. On la saisit entre les branches d'une forte pince garnie d'amadou. Si elle offre trop de résistance, on peut la diviser par l'intérieur du nez avec un ciseau.

4° Pour achever de dégager l'accès du pharynx, il

faut encore extraire les cornets et le reste de la cloison. Puis, le polype enlevé, on refixe le nez en place à l'aide de points de suture. La portion de cloison qui a été conservée et repliée avec le nez, empêcherait l'affaissement de cet organe et les cicatrices seraient certainement peu visibles. M. Bœckel n'a pas exécuté ce procédé sur le vivant; quelques années plus tard de Bruns l'a appliqué deux ou trois fois en se l'attribuant (voy. *Berliner klinische Wochenschrift*).

Comme M. E. Bœckel propose de renverser le nez sur la joue, M. Lawrence l'a relevé sur le front, en procédant comme il suit :

1° On pratique deux incisions allant depuis le côté interne des sacs lacrymaux jusqu'au point de jonction des ailes du nez avec la lèvre supérieure.

2° On sépare d'un coup de pince les apophyses montantes du maxillaire et les os du nez.

3° On relève le nez sur le front en coupant la cloison.

Il faut ajouter que, dans le cas de M. Lawrence, les os du nez étaient ébranlés par la tumeur et mobilisés, ce qui évidemment a de beaucoup facilité le renversement sur le front.

La dernière des méthodes nasales dont nous parlerons est celle de M. Ollier, qui renverse le nez avec sa charpente en bas. La peau du nez est transformée par une incision en fer à cheval en un lambeau ayant sa base entre les deux points de jonction des ailes des narines avec la lèvre supérieure, puis les os du nez et les apophyses montantes sont sectionnées dans la plaie au moyen d'une scie droite et rendues mobiles

par des coups de ciseau sur la cloison et les ailes; enfin, le nez est renversé en bas. Si la cloison gêne la vue et l'action, il est facile de la mobiliser au moyen du ciseau, ainsi que les cornets.

Si nous considérons les avantages et les désavantages de ces quatre méthodes, nous pouvons tout de suite en exclure deux de la comparaison, celle de M. Langenbeck, dont l'inconvénient a été signalé par M. Bœckel, et celle de M. Lawrence, qui ne trouve son application qu'en cas de mobilité des os. Restent les procédés de M. Ollier et de M. Bœckel. Il est évident que le procédé de M. Ollier est plus facile et que son lambeau est mieux nourri que celui de M. Bœckel; mais il s'attaque surtout à la partie supérieure des fosses nasales qui est la plus étroite, tandis que le procédé de M. Bœckel ouvre largement l'accès des fosses nasales.

Passons maintenant à la voie maxillaire, en observant la division en voie maxillaire inférieure et supérieure. (Goguel, *De la Résection temporaire des os de la face.* Paris, 1875.)

Voie maxillaire inférieure.

La voie maxillaire inférieure, que l'on peut aussi appeler voie palatine, comprend deux procédés, celui de M. Huguier et celui de M. Dézanneau.

M. Huguier fut le premier qui entreprit la résection temporaire par le maxillaire, dans le but d'extraire un polype naso-pharyngien; il procéda de la façon suivante : Après avoir fendu la commissure buccale jus-

qu'au masséter, il fit une incision partant au-dessus de l'aile du nez, contournant celui-ci et divisant la lèvre supérieure au milieu. Le lambeau détaché et relevé en dehors, un trait de scie horizontal sépare l'arcade dentaire du maxillaire, puis un autre trait de scie vertical peu profond divise tout près de la cloison du nez la face supérieure de la voûte palatine. L'apophyse ptérygoïde est coupée avec un sécateur, et l'apophyse dentaire, détachée du voile du palais, est luxée dans la bouche et forme ainsi une porte dont les gonds sont formés par la muqueuse et le périoste palatins de la face inférieure de la voûte palatine.

Le procédé de M. Dézanneau ne diffère de celui de M. Huguier que par la place à laquelle la voûte palatine reste adhérente, au lieu de la laisser en rapport avec la muqueuse et le périoste palatins, M. Dézanneau ne laisse subsister que les rapports avec le voile du palais. La lèvre supérieure est fendue verticalement depuis l'orifice nasal et détachée ainsi que l'aile du nez et la joue de la face externe du maxillaire supérieur. Maintenant on coupe, après avoir introduit l'une des branches de la pince de Liston dans la fosse nasale, l'autre dans la bouche (après extraction d'une incisive), les os et les parties molles de la face supérieure et de la face inférieure de la voûte palatine, de sorte qu'il ne reste plus qu'à séparer d'un coup de pince l'apophyse dentaire du maxillaire, ainsi que l'apophyse ptérygoïde, pour pouvoir luxer la voûte palatine n'étant plus attachée qu'au voile comme par une charnière.

Dans son ouvrage déjà cité, M. Goguel propose

le procédé de résection temporaire de la voûte palatine suivant : « Une incision divise d'arrière en avant sur la ligne médiane la luette et le voile du palais; puis, arrivé au niveau du bord postérieur de la voûte osseuse, elle se dévie légèrement à droite ou à gauche et continue à cheminer parallèlement à la ligne médiane, mais à deux ou trois millimètres en dehors d'elle. Arrivée vers le milieu de la voûte palatine, l'incision se bifurque en deux incisions latérales un peu obliques de dedans en dehors et d'avant en arrière. Puis, sans disséquer la muqueuse pour en former deux lambeaux comme dans la résection définitive de NÉLATON, nous sectionnons la partie osseuse de la voûte avec une scie à mollette avec les précautions suivantes : La scie introduite dans l'incision antéro-postérieure n'est pas maintenue dans le plan médian, mais on l'incline fortement à côté, de manière à couper en biseau la voûte palatine et le vomer, puis la scie, portée dans les incisions latérales, sectionne l'os perpendiculairement à sa surface. Les sections osseuses terminées, on introduit le bout d'un bistouri, avec lequel on sectionne la muqueuse nasale dans toute son étendue. Il ne reste plus qu'à abaisser dans la bouche les deux lambeaux ostéo-muqueux. On y arrive au moyen d'un ciseau large, mais très peu épais, que l'on glisse dans l'incision antéro-postérieure. Il faut chercher à produire une charnière aussi externe que possible, en brisant les lamelles osseuses aussi près que faire se peut des arcades dentaires. On obtient ainsi une porte à double battant, donnant accès vers l'apophyse basilaire; chacune de ces lamelles étant tapissée par deux feuillets muqueux,

l'un supérieur, l'autre inférieur, se trouve dans de très bonnes conditions de réunion rapide et complète. L'opération terminée, il est très facile de maintenir fermée la boutonnière palatine au moyen d'une espèce de voûte en gutta-percha, que l'on a eu soin de mouler sur place avant l'opération.

Voie maxillaire supérieure.

La voie maxillaire supérieure comprend deux procédés, celui de M. Langenbeck et celui de M. Bœckel, qui se frayent tous deux un chemin à travers la paroi antérieure du sinus maxillaire.

M. Langenbeck commence par faire une incision partant de l'aile du nez et se dirigeant en ligne courbe sur le milieu de l'apophyse zygomatique; puis une autre incision, partant de la dépression naso-frontale, longe le rebord orbitaire inférieur, pour rencontrer la première sur le milieu de l'apophyse zygomatique; cette dernière incision n'est faite que plus tard, avant la section osseuse faite dans le même sens. Dans la partie postérieure de la première incision, qui comprend toutes les parties molles jusque sur l'os, on détache au moyen d'une rugine les parties molles de la tubérosité maxillaire, jusque dans la fosse ptérygo-palatine, après avoir coupé le périoste et détaché le masséter de l'os zygomatique. Maintenant on parvient à introduire dans le trou sphéno-palatin une petite scie à guichet, dont la pointe peut être surveillée par l'index de la main gauche introduit dans le pharynx, et à scier le maxillaire dans

la direction de l'incision cutanée jusque dans l'orifice nasal.

La seconde incision, pratiquée maintenant, met à jour, après que l'on a détaché le périoste de l'orbite, l'extrémité antérieure de la fissure orbitaire inférieure. On scie le milieu de l'arcade zygomatique, puis l'apophyse frontale, puis le plancher de l'orbite, ainsi que l'apophyse nasale du maxillaire supérieur. Il est facile maintenant, au moyen d'un levier, de faire tourner le maxillaire supérieur autour de la charnière formée par le nez. Par ce procédé on conserve le palais et les dents, on ouvre le sinus maxillaire, la cavité nasale, celle du pharynx, ainsi que les fosses ptérygo-palatine et sphéno-maxillaire.

Le procédé de M. Bœckel diffère de celui de M. Langenbeck en ce que la charnière se trouve placée en dehors. L'incision commence à l'os malaire, longe le rebord inférieur de l'orbite, se recourbe vers en bas quand elle a atteint le sac lacrymal, longe la narine jusqu'à la commissure de la narine et de la lèvre supérieure et se dirige alors horizontalement en dehors pour finir au masséter. Maintenant on détache la narine pour permettre l'introduction d'une scie à guichet sur le plancher du nez qui scie le maxillaire dans le sens de la dernière partie de l'incision; ceci achevé, on dirige la scie vers la partie supérieure de l'ouverture pyriforme, afin de scier dans la direction du sac lacrymal, puis on coupe le plancher de l'orbite en se tenant à environ un centimètre du rebord orbitaire et en tâchant de s'arrêter en approchant l'artère sous-orbitaire. Au moyen de la scie à chaîne introduite avec l'aiguille de

Heyfelder dans la fente sphéno-maxillaire, on sépare maintenant d'une façon sous-cutanée l'os malaire du maxillaire. Maintenant il suffit encore de séparer au moyen du ciseau la lamelle osseuse renfermant l'artère sous-orbitaire, pour pouvoir faire tourner autour de la charnière externe le lambeau ostéo-cutané renfermant toute la cloison antérieure de l'antre d'Highmore. Cette méthode a été appliquée deux fois par M. Bœckel (voyez *Gazette médicale de Strasbourg*) et une fois au moins par M. Trélat.

Les méthodes énumérées jusqu'ici ne tendent qu'à réséquer temporairement une partie du maxillaire supérieur. M. J. Roux et M. Sédillot sont allés plus loin et ont proposé chacun un procédé pour la résection totale temporaire de cet os.

Le procédé de M. Roux consiste à écarter en dehors le maxillaire et l'os malaire en totalité, en divisant à travers de petites incisions cutanées pratiquées aux points de jonction de ces os avec d'autres les attaches qui les relient au crâne. Il commence par pratiquer une incision transversale de 1 centimètre sur l'apophyse orbitaire externe et sépare au moyen du ciseau l'os malaire du frontal. Une seconde incision verticale de 1 centimètre sur l'apophyse zygomatique a pour but de permettre de briser l'arcade. Reste la section des attaches orbito-nasale, ptérygo-maxillaire et intermaxillaire. La première se fait à la base de l'apophyse montante et à la cloison interne de l'orbite, au moyen du ciseau, après que l'on a pratiqué une incision qui détache le nez, en commençant au sac lacrymal, en contournant le nez et fendant la lèvre supérieure au mi-

lieu. La seconde se fait au moyen d'un ciseau appliqué directement sur l'articulation ptérygo-maxillaire; la troisième, enfin, se fait de la manière habituelle, après que l'on a détaché le voile du palais du côté où l'on opère et l'on réussit alors, en introduisant une pince fermée dans le trait de scie intermaxillaire, à écarter les deux maxillaires en ouvrant la pince. L'enlèvement du vomer et de l'apophyse ptérygoïde pourrait encore au besoin agrandir le champ d'opération.

Le second procédé pour la résection temporaire totale du maxillaire supérieur ne diffère guère de celui qui vient d'être décrit.

M. Sédillot fend le nez et la lèvre supérieure sur la ligne médiane et fait encore une incision partant de l'extrémité supérieure de la première, longeant le bord orbitaire inférieur et finissant à l'apophyse zygomatique. Maintenant M. Sédillot sectionne successivement à l'aide du ciseau et du maillet l'apophyse montante du maxillaire, l'arcade zygomatique et la voûte palatine sur la ligne médiane, après avoir coupé les parties molles jusqu'auprès de la luette. Le maxillaire est alors, comme par le procédé de M. Roux, luxé en dehors.

Il ne me reste plus qu'à décrire le procédé de M. le professeur Bœckel, c'est-à-dire l'incision transversale du voile du palais, et à faire ressortir les avantages de cette nouvelle méthode.

Le malade, dûment chloroformé, est renversé sur la table, la tête pendant par-dessus le bord, un ouvre-bouche entre les mâchoires; la langue est maintenue éloignée de la voûte palatine au moyen d'une spatule.

Cette position a d'abord le grand avantage d'empêcher le sang de couler dans les voies respiratoires, parce que les narines et la bouche étant placées plus bas que le larynx, le sang s'échappe par ces ouvertures, puis elle prévient la syncope qui pourrait être provoquée par la perte de sang souvent assez considérable, et enfin elle donne une vue très nette du voile du palais, et après l'incision de celui-ci, du haut du pharynx. Chez les personnes plus âgées pourtant on fait mieux de choisir la position assise, parce que la tête pendante devient facilement le siège d'une congestion veineuse, qui peut occasionner de grands inconvénients. L'incision du voile est pratiquée à deux ou trois millimètres derrière l'insertion du voile à la voûte, pour qu'en cas que l'on suture la plaie, l'aiguille ne vienne pas butter contre les os; elle a une longueur de deux à trois centimètres, selon le sujet, et peut être agrandie encore par une branche oblique ou verticale de six à huit millimètres ou par l'incurvation des bouts; si c'est possible, on choisit l'incision du milieu du voile, parce qu'elle donne moins de sang que l'incision faite du côté malade. L'hémorragie est d'habitude facilement arrêtée par un tamponnement avec des bourdonnets imbibés d'eau de Pagliari, qui a l'avantage de ne pas cautériser la plaie et de ne pas empêcher la guérison par première intention. Chez les enfants qui supportent mal une grande perte de sang, il vaut souvent mieux ajourner la fin de l'opération au lendemain, si l'incision du voile a donné beaucoup de sang. A cet effet, on tamponne et l'on met autour du cou des compresses d'eau fraîche. Il vaut mieux, pour éviter une grande perte de sang,

renoncer à la guérison par première intention et se servir pour inciser le voile, au lieu du bistouri, du thermo-cautère de Paquelin. Si l'on veut achever l'opération en une séance, ce qui, à cause de l'angoisse, vaut toujours mieux chez les adolescents et chez les adultes, on introduit le doigt par la boutonnière à l'effet de guider l'instrument avec lequel on veut détruire la tumeur. Celui-ci peut être introduit, selon les besoins, par la narine ou par la boutonnière palatine, pour râcler les points d'implantation au crâne et arracher jusqu'au périoste. Après la rugination, qui est d'habitude accompagnée d'une forte hémorragie, on tamponne avec des bourdonnets imbibés d'eau de Pagliari pour arrêter le sang. La rugine dont se sert M. Bœckel est une cuiller tranchante dont la cupule forme avec la tige un angle de 135° et qui est mobile dans le manche, de façon à pouvoir être allongée ou raccourcie en relâchant la vis de pression. Les tampons sont enlevés après quelques minutes et l'on procède, si le doigt trouve la place nette, à la cautérisation du point d'implantation; ceci se fait au moyen de tampons imbibés de chlorure de zinc; seulement, comme celui-ci cautérise les bords de la plaie, on fait mieux, si l'on cherche la guérison par première intention, de le remplacer par le galvano-cautère à bout de porcelaine introduit à froid par le méat inférieur et que l'on chauffe quand il est en place en fermant le courant galvanique, de sorte que la cautérisation a lieu sans lésion autre. L'opération terminée, on peut, si l'on tient à une rapide guérison de la plaie, la fermer au moyen de quelques sutures métalliques appliquées avec une aiguille tubulée;

la guérison se fait alors en quatre ou cinq jours, tandis que si l'on ne fait pas de sutures, elle se fait spontanément en quinze ou vingt jours, en laissant une fine cicatrice linéaire, qui n'empêche en rien les fonctions du voile du palais et qui permet de répéter l'opération plusieurs fois en cas de récidive. Le traitement consécutif consiste en douches nasales phéniquées et en badigeonnages de la plaie avec une solution de nitrate d'argent de 1 : 100, pour empêcher la formation d'enduit pultacé. Si l'on n'a pas suturé la plaie, il peut arriver qu'il reste une petite fistule; on en a facilement raison en touchant avec le crayon de nitrate d'argent.

Suivent les observations des malades opérés d'après cette méthode par MM. les professeurs Bœckel et Weiss et par M. le docteur Jules Bœckel.

Obs. I. — *Polype fibreux pharyngien pédiculé enlevé par l'anse galvano-caustique. — Récidive, incision transversale du voile, rugination du point d'insertion, suture,* par M. le professeur Bœckel.

(Observation recueillie par M. Ruhlmann, interne.)

Horn, Jean, de Schwindratzheim (Alsace), âgé de 15 ans, cultivateur, entre à l'hôpital le 13 juillet 1878, dans le service de M. Bœckel.

C'est un garçon bien portant, assez développé, qui dit avoir depuis l'âge de 5 ans des obstructions fréquentes du nez avec écoulement muqueux. Mais ce n'est que depuis le mois de décembre 1877 qu'il a le nez bouché d'une façon permanente; il est obligé de respirer la bouche ouverte et éprouve de la gêne dans la déglutition. Depuis ce temps aussi il ronfle au point de réveiller ses voisins.

A l'inspection le nez n'est point déformé; les narines admettent une sonde de femme jusqu'à 5 ou 6 centimètres de pro-

fondeur, mais l'air ne traverse que très difficilement la narine droite et pas du tout la gauche.

Le voile du palais, et spécialement sa partie gauche, est poussé en avant par une tumeur qui déborde son bord inférieur. Elle est d'un blanc rosé, ferme au toucher, n'est pas disposée à saigner et a le volume d'un œuf de poule. On peut passer le doigt entre le voile et la tumeur et entre celle-ci et la paroi postérieure du pharynx, mais non pas entre elle et la face latérale gauche du pharynx. C'est de ce côté que paraît être le pédicule.

Après avoir bien étudié la tumeur, M. Bœckel se décide à l'enlever avec l'anse galvano-caustique, sans incision préalable.

L'opération est pratiquée le 21 juillet 1878. Un quart-d'heure auparavant le malade a reçu une injection sous-cutanée de 20 divisions de la solution de morphine, puis on complète l'anesthésie par le chloroforme, dont il ne faut que quelques bouffées. La bouche est maintenue ouverte avec l'ouvre-bouche de Whitehead, la luette attirée en avant avec un crochet, et la tumeur saisie avec une pince de Museux pour prévenir sa chute sur le larynx. Pour mettre l'anse de platine en place sans couder et sans croiser les fils, on se sert de l'artifice suivant : une sonde en gomme à courbure fixe est introduite par la narine gauche et poussée par la tumeur et le voile jusqu'à ce qu'on puisse en ramener le bec dans la bouche.

Les deux extrémités du fil de platine sont profondément introduites dans les yeux de la sonde, qu'on retire alors lentement par le nez en poussant en même temps le platine, jusqu'à ce que l'anse se trouve dans le pharynx. Avec deux doigts de la main gauche on fait remonter celle-ci derrière le polype, pendant que la droite attire les extrémités du fil qui pendent hors de la narine. Il ne reste plus qu'à les enfiler dans le serre-nœud et à pousser celui-ci à travers le méat inférieur jusque sur le pédicule.

On étreint d'abord ce dernier à froid, puis M. Bœckel commande le courant maximum (à 100° du modérateur); un fort grésillement se produit, et au bout de quelques secondes l'aide tenant la pince de Museux retire le polype par la bouche, sans qu'il se soit écoulé une goutte de sang.

La tumeur enlevée est olivaire, d'une longueur de 55 mil-

limètres, d'une largeur de 35 millimètres; sa circonférence est de 10 centimètres, son poids de 28 grammes. Elle a un pédicule de la grosseur du petit doigt, qui porte les marques de la brûlure.

Examinée au microscope, elle est formée d'un tissu fibreux assez riche en vaisseaux et recouverte par un épithélium pavimenteux stratifié.

Le doigt, porté derrière le voile, croit reconnaître l'implantation du polype dans une dépression au-dessus de la trompe d'Eustache gauche et l'extirpation semble radicale.

L'opération ne fut suivie d'aucune réaction. On donne quelques douches nasales phéniquées, et le 29 juillet le jeune homme quitta l'hôpital sans avoir été alité.

Récidive. — Quatre mois plus tard, le 27 novembre 1878, il nous revient, se plaignant d'une certaine gêne de la déglutition et d'obstruction de la narine gauche. Ces symptômes ont commencé dès le mois de septembre, mais ils n'ont pas atteint un haut degré; jamais d'épistaxis.

En portant le doigt derrière le voile du palais, on tombe immédiatement dans la partie gauche du pharynx sur une tumeur consistante, beaucoup moins saillante que la première fois, qu'on peut contourner en dedans et en arrière et qui paraît implantée sur la base du crâne.

M. Bœckel, après des essais sur le cadavre, se décide à inciser transversalement le voile pour arriver sur le polype.

L'opération est pratiquée le 28 novembre de la façon suivante: le garçon étant chloroformisé, ses mâchoires écartées par l'ouvre-bouche, on le renverse sur la table, en laissant pendre sa tête par-dessus le bord. La langue est soutenue par une spatule pour l'empêcher de tomber sur la voûte palatine. Le professeur fait une incision transversale du voile, en longeant le bord postérieur des palatins; elle a 3 centimètres et s'étend davantage vers la gauche, où elle atteint presque le crochet ptérygoïdien. Pour gagner plus de jour, on joint à son extrémité externe une petite incision oblique, descendant de $^1/_2$ centimètre. Les branches artérielles de la région donnent beaucoup de sang et forcent à remplir l'ouverture de bourdonnets d'eau de Pagliari. (C'est pour se rapprocher du polype que M. Bœckel avait pratiqué l'incision principalement vers la gauche du voile;

mais il reconnut qu'il aurait eu autant de facilité pour l'extirpation de la tumeur et moins de sang en plaçant l'incision à cheval sur la ligne médiane de façon à s'éloigner du tronc des palatines.)

Quand on enlève les bourdonnets au bout de 10 minutes, le sang n'est pas encore complètement arrêté; on remet donc le reste de l'opération au lendemain.

Tamponnement de la plaie du voile. Compresses froides autour du cou. Température du soir, 38°,2.

29 novembre. Le malade a eu une bonne nuit, sans douleur et sans hémorragie. Température du matin, 37°,5.

Il est anesthésié en présence de M. Villemain, médecin-inspecteur de Vichy, et remis dans la position de la veille. Au moment d'enlever les tampons, le polype apparaît spontanément dans la boutonnière du voile. On engage une cuiller tranchante derrière la tumeur, qu'on détache de l'apophyse basilaire et du vomer en ruginant vigoureusement les os. Ramenée au dehors, la masse a 3 centimètres sur 4 dans ses diamètres horizontaux et ½ centimètre d'épaisseur.

En portant le doigt par la boutonnière, on reconnaît que les os de la base du crâne sont mis complètement à nu, mais que la partie postérieure de la fosse nasale gauche est bloquée par une prolifération de son revêtement mucoso-périostique. La cuiller tranchante est introduite dans la narine, et détache d'avant en arrière les parties malades qui sont retirées par l'ouverture du voile.

L'hémorragie est moins forte que la veille, et s'arrête aussitôt qu'on a fini de ruginer.

Avec l'aiguille tubulée on rattache ensuite le voile par 4 points de suture métallique, qui sont lestement placés. Le garçon, qui a été maintenu anesthésié pendant toute l'opération, est reporté dans son lit avec une compresse froide autour du cou.

Repos absolu, défense de parler, alimentation liquide, boissons glacées et injections froides dans les narines. Température du soir, 37°,6.

30 novembre. — Le malade a eu une bonne nuit, peu de douleurs. Les bords de l'incision du voile sont bien appliqués l'un contre l'autre; on les badigeonne avec une solution de nitrate au centième, pour prévenir la formation d'un enduit pultacé. Température du matin, 37°; du soir, 37°,8.

2 décembre. — On enlève les sutures du voile; la réunion s'est faite dans toute l'étendue de la plaie. Température normale.

Le 5 décembre. — Le garçon est présenté guéri à la Société de médecine de Strasbourg (voy. *Gaz. médic.* 1879, n° 2, p. 26), et il rentre chez lui le 7 décembre 1878.

Le 4 avril 1879 le jeune homme se présente à l'hôpital sur notre demande. Il se porte très bien et travaille aux champs; l'air passe librement à travers les narines.

En explorant avec l'index la cavité pharyngienne on la trouve entièrement libre, sans trace de récidive.

La cicatrice du voile forme une ligne blanche à peine visible.

Évidemment le temps écoulé depuis la dernière opération n'est pas assez long pour affirmer qu'il n'y aura pas de récidive; mais en présence de cet examen négatif, au bout de 4 mois, il existe cependant des probabilités à cet égard, d'autant plus qu'après la première opération, les signes de récidive étaient déjà évidents au bout de six semaines. En tout cas, le jeune homme aura joui d'un intervalle de santé complète, sans incommodités, moyennant un traitement de quelques jours.

Obs. II. — *Polype naso-pharyngien. — Résection temporaire du maxillaire supérieur. — Récidive pharyngienne. — Incision transversale du voile, rugination, cautérisation*, par M. le professeur Bœckel.

(Observation recueillie par MM. Moser et Ruhlmann, internes.)

Colson, Michel, âgé de 11 ans, de Bessingen, canton de Saint-Avold (Lorraine), nous est adressé à l'hôpital, le 23 février, par le docteur Sengel, de Forbach.

C'est un enfant assez grêle, petit mangeur, à la peau blanche, parsemée de taches de rousseur.

Depuis deux mois il ne respire que difficilement par le nez; la narine gauche est complètement imperméable à l'air; celle de droite en laisse passer une petite quantité. Quelques épistaxis sans importance se sont produits, par contre le nez est le siège d'un catarrhe purulent presque continu. A l'inspec-

tion on n'y voit pas de déformation extérieure, pas plus qu'au voile. En introduisant une sonde dans la narine droite, on arrive sans peine jusqu'à la paroi postérieure du pharynx à 8 centimètres de profondeur; à gauche l'instrument est arrêté à 5 centimètres par un corps élastique et résistant. Le doigt, porté derrière le voile du palais, constate que ce même corps remplit toute la partie supérieure gauche du pharynx.

Il paraît implanté aux environs de la trompe d'Eustache gauche, et ne se laisse imprimer aucun mouvement. L'ouïe est bonne et égale des deux côtés. — Diagnostic: Polype fibreux, naso-pharyngien.

Le 25 février, M. Bœckel pratique la résection temporaire du maxillaire supérieur d'après son procédé. A cet effet, l'enfant étant chloroformisé dans le décubitus dorsal, une première incision descend du sac lacrymal gauche jusqu'au niveau de la narine; de là elle se dirige horizontalement en dehors jusque sous l'os malaire. Une seconde incision part de l'extrémité supérieure de la première, et longe le rebord orbitaire inférieur jusqu'à la fente sphéno-maxillaire. Avec une scie à guichet, introduite dans l'échancrure nasale, on divise les os dans la direction de ces incisions cutanées; puis la scie à chaîne est passée sous l'os malaire qu'elle divise d'en dedans en dehors, en respectant les parties molles qui le recouvrent.

Le lambeau ostéo-cutané ainsi circonscrit se relève facilement sans grande hémorragie, et le doigt et l'œil pénètrent jusqu'à la tumeur, qui paraît implantée sur l'aile interne de l'apophyse ptérygoïde du sphénoïde. Elle est rouge et enclavée dans l'ouverture postérieure des fosses nasales. Son tissu est trop ferme pour se laisser saisir par une pince, il faut donc recourir à la rugine; mais en raison du jeune âge du sujet, la fenêtre osseuse est trop petite pour laisser passer cet instrument à côté du doigt. On élargit donc la brèche du côté du nez avec la pince de Liston, et comme alors le fragment osseux du lambeau ne pourrait plus remplir l'ouverture du maxillaire, on le détache du périoste et on l'enlève.

La rugine, guidée par l'index gauche, détache alors le polype en enlevant la couche superficielle de l'os au point d'implantation. Une éponge imbibée d'eau de Pagliari est maintenue au fond de la plaie jusqu'à ce que l'hémorragie soit arrêtée,

puis le lambeau est rabattu et fixé en place par quelques sutures métalliques et une dizaine d'épingles.

La tumeur examinée par le docteur Paul Meyer est un fibrome avec vaisseaux très volumineux, à parois hypertrophiques.

Température.	Matin.	Soir.
25 février.	Opér.	38°,3
26 »	38°,2	38°,9
27 »	38°,4	38°,8
28 »	38°	38°,4
1er mars	38°	38°,2
2 »	38°,3	38°,3
3 »	37°,6	38°
4 »	37°,4	38°,1.

Les suites de l'opération sont d'abord très simples; le gonflement, très modéré, tombe vers le quatrième jour. Les dernières sutures sont enlevées le 2 mars et le 4 mars; le garçon reste levé une partie de la journée. Il se refroidit en sortant de la salle; le lendemain 5 mars il a une otite moyenne, suppuration à gauche, favorisée peut-être par les injections nasales phéniquées qu'on lui applique.

Le 22 mars, l'oreille droite est atteinte à son tour de suppuration de la caisse.

Le 31 mars, le garçon rentre à la maison entièrement guéri. La déformation de la face est faible; la joue gauche est légèrement en retrait sur la droite, mais la paroi antérieure de l'antre d'Highmore est remplacée par un tissu cicatriciel très résistant.

Récidive. — Le garçon nous est ramené par son père le 16 décembre 1878. Jusqu'au mois de juillet, l'enfant se portait très bien; à partir de ce moment les parents remarquèrent de nouveau un léger nasonnement de la voix et une obstruction intermittente de la narine gauche. Depuis le mois d'août il est survenu assez fréquemment des épistaxis, qui sont devenus presque continuels dans ces derniers quinze jours, et ont beaucoup affaibli le petit malade.

Aussi, en l'examinant, le trouvons-nous très anémique. Les cicatrices de la résection temporaire sont lisses et peu apparentes. La joue gauche offre à la pression un plan très résis-

tant; cependant une épingle le pénètre très profondément, sans rencontrer de lame osseuse proprement dite.

La piqûre est douloureuse, preuve que le nerf sous-orbitaire s'est régénéré. Les ganglions de la région parotidienne et sous-maxillaire sont engorgés et présentent quelques points de suppuration. La narine gauche est un peu moins perméable à l'air que la droite; néanmoins une sonde de femme la traverse sans grand obstacle et arrive jusque dans le pharynx. Avec l'index porté derrière le voile du palais, on arrive à gauche sur une tumeur molle qui forme coussinet à la base du crâne; mais on ne peut examiner longuement l'implantation, parce que le sang se met aussitôt à couler. La déglutition des aliments solides provoque également des hémorragies.

Le 18 décembre, M. Eug. Bœckel procède à l'opération en présence de MM. les docteurs Jules Bœckel, Paul Meyer et des internes. M. Kaltenthaler administre le chloroforme. L'enfant endormi est renversé sur la table, la tête pendant par-dessus le bord. Le professeur incise transversalement le voile dans l'étendue de 2 ½ centimètres, le long du bord postérieur des palatins. Une petite incision verticale de 5 millimètres est ajoutée à l'extrémité gauche de cette première plaie. L'index arrive facilement par cette boutonnière sur l'implantation de la tumeur à la base du crâne et à l'orifice postérieur de la narine gauche; mais l'hémorragie est forte et oblige à tamponner le pharynx et la plaie avec des bourdonnets d'eau de Pagliari.

On remet la suite de l'opération au lendemain et l'on entoure le cou d'une compresse d'eau fraîche.

19 décembre. — L'enfant n'a pas souffert et n'a pas perdu de sang depuis hier. Le matin on le chloroformise et on le remet dans la position de la veille. Les tampons retirés, on rugine l'apophyse basilaire d'arrière en avant avec la cuiller tranchante à travers la boutonnière du voile. La tumeur est ainsi détachée jusqu'à la narine postérieure, où elle pend encore. On achève son extirpation en introduisant la cuiller dans la fosse nasale gauche et en ruginant d'avant en arrière. Le sang arrête bientôt de couler; on porte alors sur les points d'implantation des bourdonnets imbibés d'une solution caustique de chlorure de zinc et d'eau, parties égales. Ces bourdonnets, fixés à des fils, sont maintenus par d'autres de charpie sèche. Les bords de

la plaie, quoique protégés et écartés par des crochets mousses, ont été touchés par le caustique; on essaye néanmoins la réunion, en y appliquant deux points de suture.

Le garçon, maintenu anesthésié tout le temps, est reporté dans son lit avec une compresse fraîche autour du cou.

Température : matin 37°,3, soir 38°.

20 décembre. — La nuit a été bonne; le malade n'a pas souffert. Le matin on constate que les bords de la boutonnière palatine sont grisâtres et fortement cautérisés. On retire les tampons, partie par le nez, et partie dessous le voile. Douches nasales avec de l'eau phéniquée trois fois par jour.

Température : matin 37°,6, soir 38°,8.

21 décembre. — Les bords de l'incision palatine commencent à se séparer; on retire les points de suture.

Température: matin 37°,7, soir 38°,4.

22 décembre. — Température: matin 37°, soir 37°,6.

A partir de ce moment la température reste normale.

24 décembre. — Une forte escarre s'est détachée ce matin des bords de la boutonnière palatine et a été suivie d'une légère hémorragie. Suppuration abondante par la narine gauche. Douches nasales phéniquées; badigeonnage de la plaie du voile avec une solution de nitrate d'argent $^1/_{100}$.

4 janvier 1879. — La suppuration a beaucoup diminué; la boutonnière du voile se rétrécit visiblement. En examinant le haut du pharynx avec le doigt et la sonde cannelée, on ne rencontre nulle part de plaie suspecte. Dans l'apophyse basilaire il y a une cavité creusée dans l'os, à bords à pic; c'est probablement le sinus sphénoïdal ouvert par le caustique.

Le 14 janvier, l'enfant rentre chez lui entièrement guéri en apparence, à l'exception d'une petite ouverture dans le voile, du volume d'une sonde cannelée, qui se fermera sans doute spontanément et qui, en tout cas, n'altère pas la voix.

Le 28 mars, le père nous écrit que son fils se porte très bien, qu'il n'a plus eu de saignement de nez, et que l'ouverture du voile s'est entièrement oblitérée.

Obs. III. — *Polype fibreux pharyngien. Incision transversale du voile. — Rugination et cautérisation de la base du crâne. — Suture du voile.* Par M. le professeur Eug. Bœckel.

(Observation recueillie par M. Ruhlmann, interne.)

Aeschelmann, Georges, de Hœnheim, près Strasbourg, âgé de 19 ans, cultivateur, est un garçon robuste, et qui ne ressent de gêne du côté du nez que depuis le mois de juillet 1878. Il fut d'abord sujet à un coryza chronique, puis survinrent des épistaxis de plus en plus fréquents, quoique peu intenses; enfin, depuis deux mois, la voix est nasonnée et l'air ne passe plus que difficilement à travers la narine droite.

En janvier 1879, il se présente d'abord à la consultation de la salle 105, où on lui prescrit des injections de tannin; puis on lui conseille de se faire admettre dans la salle pour y subir un traitement chirurgical.

État actuel le 8 janvier. — Jeune homme bien portant d'apparence, sans déformation du visage. Quand on le fait expirer par le nez, l'air sort difficilement par les deux narines, mais surtout par la narine droite. Le voile du palais est normal, la voûte palatine est étroite, ogivale, de forme irrégulière par suite de l'implantation vicieuse de la première molaire gauche, qui double la canine.

Quand on porte l'index derrière le voile, on rencontre une tumeur assez ferme, de la grosseur d'une noix, un peu mobile de gauche à droite, et qui est implantée sur le bord postérieur du vomer dans toute sa hauteur. Une sonde de femme, introduite par la narine gauche, butte contre la tumeur, mais arrive à la déplacer et pénètre dans le pharynx, où on la sent avec le doigt. Du côté droit, cette expérience n'est pas possible, l'ouverture postérieure de cette fosse nasale est bloquée. Cet examen provoque une légère hémorragie. — La voix du malade est nasonnée; il n'y a de gêne ni dans la respiration, ni dans la déglutition.

Opération le 9 janvier 1879, avec l'assistance ordinaire. — Le malade est anesthésié après une injection préalable de morphine, puis on le renverse sur la table, la tête pendant par-

dessus le bord, et l'on incise le voile du palais transversalement le long du bord postérieur de la voûte, en incurvant légèrement les extrémités de l'incision. L'hémorragie est assez forte au premier moment, de sorte qu'on tamponne la plaie avec des bourdonnets imbibés d'eau de Pagliari. Quand après cinq minutes on retire la charpie, le sang est arrêté; avec une cuiller tranchante, introduite à travers la boutonnière palatine, on rugine le vomer de haut en bas, puis on achève de détacher la tumeur en passant avec l'instrument à travers la fosse nasale droite. La masse est retirée par l'incision du voile. L'hémorragie est plus forte que pour le premier temps de l'opération; aussi l'on pratique un nouveau tamponnement pendant quelques minutes. Avec le cautère galvanique en porcelaine, introduit à froid par la narine droite, on cautérise ensuite toute la surface ruginée et l'on termine l'opération en réunissant la plaie du voile par trois petits points de suture métalliques.

Le tout a duré 50 minutes, pendant lesquelles l'anesthésie a été maintenue.

La quantité de sang recueillie dans le baquet placé sous la tête du malade est d'un peu plus de 500 grammes.

Traitement: Compresses froides autour du cou; boissons glacées; injections détersives froides dans le nez.

Le néoplasme, examiné au microscope, est un fibrome d'apparence caverneuse, en raison des nombreux vaisseaux hypertrophiés qui le parcourent.

Température le soir de l'opération 38°,5.

10 janvier. — Température: matin 37°,8, soir 39°.

11 janvier. — Température: matin 36°,9, soir 39°,1.

Le malade ne souffre pas; les narines commencent à jeter abondamment.

Douches nasales phéniquées. Badigeonnages de la ligne de réunion du voile avec la solution de nitrate $^1/_{100}$. Alimentation liquide.

12 janvier. — Température: matin 38°, soir 39°,4.

13 janvier. — Température: matin 38°,8, soir 38°,6.

Suppuration verdâtre très abondante du nez. Malgré le mouvement fébrile, le malade se sent bien et ne se plaint pas.

14 janvier. — Température: matin 38°, soir 39°,2.

15 janvier. — Température: matin 38°,6, soir 39°.

16 janvier. — Température: matin 38°,2, soir 38°,6.

17 janvier. — Température: matin 37°,2, soir 37°,8.

A partir de ce jour, la température reste normale; la suppuration a grandement diminué. L'une des sutures du voile a coupé et donné lieu à une petite perforation du voile; on les retire toutes. — Badigeonnages au nitrate d'argent.

20 janvier. — Le jeune homme commence à manger des aliments solides; la sécrétion nasale est très faible.

24 janvier. — Le garçon quitte aujourd'hui l'hôpital; l'air passe librement à travers les narines; la plaie du voile est complètement cicatrisée.

Vers la fin de mars, il revient nous voir à l'hôpital; sa voix est naturelle; on voit à peine la cicatrice de l'incision du voile. Examiné avec le doigt, le lieu d'insertion du polype est parfaitement net.

Obs. IV. — *Polype naso-pharyngien sarcomateux. — Division transversale du voile avec le thermo-cautère et incision de la narine au bistouri.* Par M. le professeur Eug. Bœckel.

(Observation recueillie par M. Wolff, interne.)

Wiebald, Catherine, âgée de 62 ans, de Rittershoffen, entre le 4 avril 1879 à la salle 34.

Cette femme, mère de 4 enfants, est sujette depuis son enfance aux épistaxis; mais depuis dix-huit mois, ces hémorragies sont plus fortes que de coutume, et se reproduisent à la moindre occasion; de plus, la respiration par le nez est gênée.

Il y a deux mois, elle consulta un médecin, qui lui arracha des fragments de tumeur de la narine gauche, mais il n'en résulta aucun soulagement. Le nez resta totalement bouché et les épistaxis continuèrent à l'affaiblir, de sorte que, sentant ses forces baisser de jour en jour, elle chercha du secours à l'hôpital de Strasbourg.

État actuel le 5 avril. — La malade a un teint jaunâtre, cachectique; elle est maigre et a l'air plus vieille que son âge. Elle répand une odeur nauséabonde par la bouche et par le nez. La narine gauche est complètement obstruée par une masse grisâtre, qui déborde au dehors et qui donne lieu à un suintement

sanguin permanent. La joue et l'antre d'Highmore ne paraissent pas distendus. Par contre le voile du palais bombe en avant, et laisse voir, dès qu'on déprime la langue, des masses polypeuses, mollasses, déchiquetées, qui dépassent son bord inférieur et remplissent tout le haut du pharynx. En cherchant à reconnaître le point d'implantation avec le doigt, on provoque une hémorragie et l'on détache des parcelles de la tumeur que la malade avale; ce qui lui est déjà arrivé plusieurs fois, dit-elle, et déjà spontanément. Le pédicule ne peut pas être atteint. La fosse nasale droite, quoique libre dans toute son étendue, est tout aussi imperméable à l'air que la gauche, à cause de la masse pharyngée qui bloque son orifice postérieur. En raison du sexe et de l'âge de la malade, ainsi que du développement rapide de la tumeur, qui ne paraît remonter qu'à 18 mois, M. Bœckel diagnostique un polype sarcomateux, et se propose de l'enlever par le même procédé que les précédents, mais en y joignant l'incision de la narine.

Toutefois comme le grand âge de la malade ne permet pas de l'opérer la tête pendante, il fera l'incision transversale du voile avec le thermo-cautère de Paquelin pour éviter l'hémorragie.

L'opération est pratiquée le 8 avril en présence de M. le professeur Gross, de Nancy, et des internes de l'hôpital.

La malade dûment anesthésiée, dans une position demi-assise, M. Bœckel introduit un bistouri boutonné dans la narine gauche et la fend en rasant la cloison jusqu'à la rencontre des os propres du nez. Ceux-ci sont très courts; aussi, quand le lambeau triangulaire est renversé en dehors, le lobe nasal de la tumeur se trouve largement à nu. On l'arrache avec une forte pince à polype, en pénétrant jusque vers la base du crâne. Un gros fragment pharyngien est même détaché par ces manœuvres et retiré par la bouche. Une éponge à tige est alors poussée à travers la narine pour absorber et arrêter le sang. Pendant ce temps le chirurgien s'arme du petit couteau de Paquelin chauffé en rouge sombre et fait, par une série de ponctions, une incision transversale du voile de 3 centimètres d'étendue, près de son insertion à la voûte palatine. Il n'en coule pas une goutte de sang.

L'index gauche arrive facilement par cette incision sur les insertions du polype qui se trouvent à la base du crâne, et

guide la cuiller tranchante, qui est introduite par la narine pour ruginer les os. Quand le pharynx est nettoyé, on reconnaît qu'un lobe de la tumeur remplit le sinus maxillaire. On vide cette cavité avec la cuiller et l'on racle ses parois, puis on cautérise le point d'implantation pharyngien avec le cautère galvanique en porcelaine. De plus, le sinus maxillaire et le haut du pharynx sont tamponnés avec des bourdonnets imbibés de chlorure de zinc $^1/_{10}$ et fixés à des fils qu'on laisse pendre hors de la narine. L'incision de l'aile du nez est alors réunie très soigneusement au moyen de quelques épingles et la malade est reportée dans son lit avec des compresses froides sur le nez.

L'hémorragie, un moment assez forte pendant l'arrachement du polype, s'est ensuite très bien arrêtée par le tamponnement et n'a pas empêché de maintenir l'anesthésie complète jusqu'au bout de l'opération.

La tumeur examinée au microscope est un sarcome à petites cellules rondes. Dans la journée, la malade n'est pas incommodée par le chloroforme, mais elle a des douleurs assez violentes, dues à la cautérisation et qu'on calme par des injections de morphine.

Température du soir, 36°,5.

9 avril. — Température: matin 38°,4, soir 38°,2.

On retire tous les tampons et l'on fait des injections phéniquées dans le nez.

10 avril. — Température: matin 37°,3, soir 37°,6.

A partir de ce moment la température reste normale, malgré une suppuration fétide très abondante, qui est sécrétée par les surfaces cautérisées.

Douches nasales phéniquées; gargarismes à l'acide salicylique.

11 avril. — Les épingles du nez sont retirées, la réunion est parfaite et ne se marque que par une ligne blanche, à peine apparente.

15 avril. — La malade mange et dort bien, n'a aucune souffrance et se plaint seulement qu'une partie des liquides lui reflue par le nez.

Les bords de l'incision palatine se sont nettoyés et les angles commencent à se fermer. Cependant on peut encore passer le doigt à travers l'ouverture et explorer la base du crâne; on n'y trouve aucune trace de répullation.

Douches nasales phéniquées.

30 avril. — La malade va bien; mais les fosses nasales suppurent encore, et l'incision palatine n'est pas encore fermée, quoique les bords granulent.

5 mai. — On extrait quelques croûtes de pus desséché du nez et l'on constate dans le pharynx d'autres débris.

L'index gauche est alors poussé à travers l'incision palatine, en déchirant quelques adhérences récentes, et il guide la pince introduite par le nez, de manière à lui faire saisir le corps étranger. C'est un séquestre mince, détaché de la base du crâne par l'action du caustique. La plaie d'où il provient se reconnaît à une excavation de l'os de plusieurs millimètres de profondeur, à bords rugueux et déchiquetés.

15 mai. — La malade va très bien, elle est levée toute la journée; mais les bords de l'ouverture palatine se cicatrisent isolément et laisseront probablement une fistule, qui exigera une légère intervention plus tard.

Obs. V. — *Polype naso-pharyngien, extirpé après incision transversale du voile du palais,* par M. Th. Weiss, professeur agrégé de la Faculté de médecine de Nancy.

Le nommé G..., de Dampierre sur Linotte, entre dans mon service, à l'hôpital Saint-Léon, le 24 décembre dernier.

C'est un jeune homme de 24 ans, robuste et bien portant, malgré la lésion sérieuse qu'il présente. Il y a 8 mois environ qu'il s'est aperçu d'une certaine gêne de la respiration nasale, en même temps que se montrait un coryza très rebelle, accentué surtout par les temps humides. Peu à peu les fosses nasales se sont obturées complètement, au point que ce malade ne pouvait plus respirer que la bouche ouverte; il accusait de plus une certaine gêne de la déglutition, mais ne présentait ni hémorragies ni altération de la santé générale.

Au moment de son entrée, je constatai chez lui les signes d'un fibrome exclusivement pharyngien, bouchant l'orifice postérieur des deux fosses nasales. En effet, il n'existait aucune déformation extérieure de la face, qui était parfaitement symétrique et normale; la partie antérieure des fosses nasales était

absolument libre, ainsi que l'on pouvait s'en assurer par l'examen au spéculum et le cathétérisme de ces cavités. Le voile du palais était bombé et manifestement repoussé en avant par une masse située en arrière et au-dessus de lui. En introduisant le doigt derrière ce repli, on arrivait sur une tumeur dure, de consistance fibreuse, très nettement sessile, dont on pouvait délimiter les contours et reconnaître le point d'implantation, c'est-à-dire la voûte basilaire et le bord postérieur du vomer.

L'ouïe ne présentait aucune altération, et d'autre part rien ne permettait de croire à la présence d'un prolongement intra-crânien.

En un mot il s'agissait chez ce jeune homme d'un polype fibreux, ayant le périoste de l'apophyse basilaire pour point de départ, et occupant exclusivement l'arrière-cavité des fosses nasales. En cette occurrence il était évident que c'était à la voie palatine seule qu'il fallait s'adresser pour l'ablation de cette tumeur, sans recourir à des délabrements, que l'absence de tout prolongement facial contre-indiquait absolument.

Je procédai à l'opération dans les premiers jours du mois de janvier, avec l'assistance de MM. Rohmer et Jacquinot, et d'élèves du service, auxquels j'avais assigné d'avance le rôle qu'ils auraient à remplir.

Le malade, placé d'abord dans la position horizontale, fut endormi non sans quelque peine, en raison du prolapsus de la langue, qui venait se mettre en contact avec le voile du palais et oblitérer l'isthme du gosier déjà rétréci par la présence de la tumeur. L'écarteur habituel des mâchoires une fois appliqué, je renversai le malade dans la position de Rose, en ayant soin de placer la tête sur une table qui me fournît un point d'appui résistant pendant les manœuvres auxquelles j'aurais à me livrer.

Après quelques instants d'attente, nécessités par la gêne de la respiration, je commençai avec le thermo-cautère la section du voile du palais, en procédant par ponctions successives, et en m'assurant exactement du chemin que je parcourrai. Au lieu de faire la section verticale habituelle, je détachai ce repli au niveau de son insertion aux os palatins sur une étendue de 3 centimètres, et je me créai ainsi une voie, par laquelle je pus introduire l'index et explorer l'arrière-cavité des fosses nasales. Comme cette boutonnière n'était pas suffisante, je prolongeai

chacune des extrémités de cette incision, en inclinant cette fois le couteau obliquement en bas et en dehors, de façon à créer ainsi deux petits lambeaux, dont le côté externe mesurât 6 millimètres environ. J'eus ainsi une ouverture très large, à travers laquelle la tumeur vint faire spontanément hernie et s'offrir librement à nos regards. Le thermo-cautère ayant été constamment maintenu au rouge sombre, ce premier temps de l'opération avait été absolument exsangue, bien que les limites de notre incision eussent certainement intéressé des rameaux terminaux de l'artère palatine postérieure.

Cette opération préliminaire terminée, je m'attaquai au néoplasme de la façon suivante : Une cuiller tranchante fut introduite par la narine gauche jusqu'à la partie postérieure des fosses nasales, où elle rencontra la tumeur. Le bec de l'instrument étant tourné vers la voûte basilaire, je portai celui-ci avec force jusqu'à la rencontre de la paroi postérieure du pharynx, où je fus arrêté par la résistance de la colonne vertébrale; je la ramenai vigoureusement en avant, puis de nouveau en arrière, et ainsi de suite, jusqu'à ce que j'eusse détaché la tumeur de ses connexions dans sa partie moyenne. Introduisant alors rapidement l'instrument par la boutonnière palatine, je la détachai de la même façon sur les parties latérales, au voisinage de la trompe d'Eustache, puis je l'enlevai au travers de l'ouverture du voile à l'aide d'une pince-érigne, que j'avais préalablement fixée dans la tumeur, pour qu'elle ne pût glisser vers la partie inférieure du pharynx.

Ce temps de l'opération n'avait guère duré que 20 à 30 secondes et cependant en un clin d'œil le malade avait perdu une grande quantité de sang, ce qui n'étonnera personne, si l'on songe à la vascularité des fibromes naso-pharyngiens. Seulement, comme ce liquide s'accumulait dans l'arrière-cavité des fosses nasales ou sortait par les narines, je n'eus pas la moindre inquiétude au sujet de la respiration du malade, qui resta calme pendant tout le temps de l'opération. Du reste, à peine la tumeur avait-elle été enlevée, que j'enfonçai rapidement une éponge imbibée d'eau de Pagliari à travers la boutonnière palatine; je la maintins pendant 5 minutes environ contre l'apophyse basilaire; l'hémorragie était arrêtée aussi facilement qu'elle s'était produite, et en la retirant, j'eus la satisfaction de constater que

j'avais enlevé la tumeur en totalité et mis l'os à nu sur tout le point d'implantation.

La portion du vomer, attenant à la tumeur, avait elle-même été arrachée au moment où dans un dernier effort j'avais extrait le néoplasme à travers la boutonnière palatine. Pour terminer l'opération, j'appliquai sur l'apophyse basilaire trois ou quatre bourdonnets de charpie imbibée de chlorure de zinc au $^1/_{10}$ et bien exprimés, pour que ce liquide ne pût fuser au loin; puis je bourrai l'arrière-cavité de charpie sèche, que je fixai à l'aide d'un fil ramené à travers la bouche. Le malade fut réveillé avec la précaution de ne le changer de position que graduellement pour éviter la syncope. Comme il était un peu pâle, je lui fis faire une à deux injections d'éther, qui le ramenèrent promptement et permirent de le transporter dans son lit.

Toute l'opération, chloroformisation comprise, n'avait duré que 25 minutes. Les suites en furent aussi bénignes que possible; la fièvre traumatique fut à peu près nulle, ce qu'il est permis d'attribuer en grande partie aux injections antiseptiques que je fis pratiquer dans les fosses nasales, avec une solution de chloral au $^1/_{100}$. Inutile d'ajouter que les bourdonnets de chlorure de zinc avaient été retirés trois heures après leur application et que le suintement sanguin post-opératoire avait été absolument insignifiant. Les jours suivants, ce malade se trouvait en si parfait état qu'il put se lever sans sortir de la salle. Il respirait librement par les fosses nasales et ne se plaignait que de douleurs très modérées pendant la déglutition des liquides, dont on le nourrissait exclusivement. Le voile du palais était très tuméfié et les bords de l'ouverture, que j'avais créée, présentaient à ce moment des escarres grisâtres en voie de se détacher.

Le sixième jour de l'opération, j'explorai de nouveau la voûte basilaire, sans constater rien de suspect; par précaution je plaçai de nouveaux tampons imbibés de chlorure de zinc au niveau du point d'implantation et je renouvelai la même manœuvre une troisième fois quelques jours après.

Le quinzième jour je constatai que la boutonnière palatine s'était rétrécie de moitié et que les bords granulaient bien. L'arrière-cavité des fosses nasales était parfaitement libre; l'ouïe et la respiration ne présentaient aucune altération.

En somme, l'état de ce malade était si satisfaisant, que ce

jeune homme, pressé de quitter l'hôpital, dont le séjour lui était onéreux, réclama impérieusement son exeat, auquel je fus forcé de consentir.

J'ai reçu de ses nouvelles le 15 mars dernier; à cette date le malade m'annonce que la boutonnière palatine se trouve fermée, à part un petit pertuis, dont son médecin recherchait l'oblitération à l'aide de cautérisations répétées. Il parle aussi bien qu'avant le développement de la tumeur pharyngienne et respire librement par le nez.

Tout me fait donc espérer que j'ai chez lui obtenu la guérison définitive, d'autant plus qu'il est âgé de 24 ans et qu'à cet âge, on le sait, les polypes naso-pharyngiens ont une tendance naturelle à ne plus récidiver.

Obs. VI. — *Polype naso-pharyngien (fibro-sarcome). Incision transversale du voile du palais. Rugination de la base du crâne. Sutures.* Par M. le professeur Eug. Bœckel.

Auguste Henry, de Neuwiller, âgé de 10 ans, m'est adressé par le docteur Kilian, de Saverne, pour un polype naso-pharyngien. Cet enfant, de bonne constitution, a depuis un an le nez bouché et principalement la narine gauche; il n'a jamais eu d'hémorragie.

Derrière le voile, le doigt perçoit un polype dur, assez volumineux, qui semble sortir de la narine postérieure gauche. Narine droite perméable à l'air.

L'opération est pratiquée le 10 juin 1880 à la maison de santé de la Toussaint. Anesthésie, la tête pendante.

Application de l'ouvre-bouche. Incision transversale du voile au bistouri légèrement en fer à cheval.

Tamponnement de la plaie à l'eau de Pagliari pendant quelques minutes. La tumeur, insérée à l'épine nasale postérieure et au pourtour de la narine postérieure gauche, est détachée avec la cuiller tranchante et la rugine; les os sont mis à nu et en partie entamés. Forte hémorragie arrêtée par un tamponnement au Pagliari, puis cautérisation avec des tampons de chlorure de zinc, qu'on laisse 5 minutes en place. Suit la suture faite au moyen de 4 points de suture métallique appliqués sur le voile.

Compresses glacées autour du cou.

L'enfant a été complètement anesthésié pendant toute l'opération, qui a duré trois quarts d'heure.

12 juin. — Peu de réaction; le petit malade se lève.

13 juin. — Il reste levé toute la journée et mange déjà de la viande hachée fin.

19 juin. — Enlèvement des fils; au milieu de l'incision il reste une ouverture d'un millimètre.

21 juin. — L'enfant rentre chez lui ayant encore une ouverture comme une tête d'épingle en bonne voie de granulation. La narine gauche est entièrement libre.

La tumeur enlevée mesure transversalement 25 millimètres sur 30 de hauteur et 10 d'épaisseur antéro-postérieure.

Examinée par M. le professeur de Recklinghausen, elle est composée de fibres connectives et de longues cellules fusiformes assez régulièrement entremêlées.

Nous avons revu le petit malade en septembre, entièrement guéri; pas trace de récidive à ce moment.

Obs. VII. — *Polype pharyngien enlevé avec l'anse galvanocaustique. Rugination consécutive de la base du crâne, après incision transversale du voile du palais.* Par M. le professeur Bœckel.

Cette observation concerne une récidive survenue chez Horn, Jean, de Schwindratzheim, opéré une première fois, le 21 juillet 1878, par incision transversale du voile, et une seconde fois, le 28 novembre 1878; le 4 avril 1879 il s'était représenté sans trace de récidive.

En décembre 1880, le garçon, âgé maintenant de 17 ans, revient à l'hôpital, disant que depuis près de 9 mois il n'a plus d'air par le nez. Effectivement on trouve derrière le voile un polype assez volumineux, qui cette fois-ci est inséré sur la moitié droite de la base du crâne, tandis que l'autre fois il siégeait à gauche.

Le 14 décembre 1880 on l'enlève avec l'anse galvanocaustique par le procédé déjà indiqué; le polype a le volume d'un fort œuf de pigeon, mais on reconnaît immédiatement qu'il

est resté une couche assez épaisse de néoplasme à la base du crâne.

L'opéré quitte l'hôpital dès le lendemain, mais promet de revenir après le nouvel an.

Le 5 janvier, Horn se présente effectivement et est opéré, le 6 janvier, par incision transversale du voile à la manière ordinaire, c'est-à-dire anesthésié et la tête pendante.

La rugination de la base du crâne est faite très énergiquement avec la cuiller tranchante, mais elle est très sanglante et il faut l'interrompre deux fois pour tamponner avec l'eau de Pagliari. Finalement on cautérise l'implantation avec le galvano-cautère et l'on tamponne avec des bourdonnets imbibés d'une solution de chlorure de zinc, qui restent en place jusqu'au lendemain. La plaie du voile reste ouverte pour pouvoir revenir à la cautérisation.

7 janvier. — Température : matin 37°,4, soir 40°,2.

Le malade a passablement souffert. Quand on enlève les tampons, on trouve encore quelques lambeaux de périoste et du polype qui pendent dans le pharynx.

On les arrache avec des pinces, et l'on cautérise de nouveau avec le galvano-cautère et des tampons de chlorure de zinc.

8 janvier. — Température : matin 39°,6, soir 40°,2.

Douches nasales phéniquées ; les plaies restent à nu.

9 janvier. — Température : matin 39°,3, soir 40°,2.

Une suppuration fétide s'est établie. Douches répétées.

10 janvier. — Les injections amènent une assez grande quantité d'escarres. Température : matin 38°,1, soir 39°,2.

11 janvier. — Température : matin 37°,6, soir 38°,3.

12 janvier. — A partir d'aujourd'hui, la température reste normale ; la suppuration du nez, encore assez abondante, a moins d'odeur.

15 janvier. — Le malade rentre, en promettant de continuer les injections phéniquées et de se montrer dans quelque temps. A la base du crâne on sent une excavation dans l'os à la place qu'occupait la tumeur.

Obs. VIII. — *Polype naso-pharyngien. Extraction par incision transversale du voile du palais. Suture. Guérison en six jours.* Par M. le docteur Jules Bœckel.

Martin Becker, 14 ans, d'Oberseebach, près Wissembourg, se présente à ma consultation dans le courant du mois de juin 1881. Il est affecté d'une tumeur naso-pharyngienne, qui révéla sa présence par un coryza bientôt chronique, datant de l'été dernier. En septembre 1880 les narines, complètement bouchées, ne laissaient pas passer le moindre filet d'air, la voix devint nasonnée, et depuis deux mois le jeune homme est sujet à de violents épistaxis.

État actuel. — Les narines sont oblitérées et ne permettent pas à la sonde de franchir l'orifice postérieur, qui se trouve bloqué, surtout à droite, par un corps arrondi, qui saigne au moindre contact.

L'examen de la gorge révèle, pendant les mouvements d'élévation du voile, une tumeur lisse, mobile, ovoïde, de la grosseur d'un petit œuf de poule, dont l'extrémité inférieure fait saillie au niveau du bord inférieur du voile. Par le toucher on constate que la tumeur est libre de toute adhérence; le doigt la circonscrit de toutes parts, sauf à son point d'insertion, qui paraît être le vomer.

L'opération est décidée et fixée au 13 juin. Le malade entre à la Maison de santé des Diaconesses pour s'y soumettre.

Sont présents : MM. les docteurs Lentz et Frey.

M. Kaltenthaler administre le chloroforme.

L'anesthésie obtenue, on attire le patient vers le bord de la table pour l'opérer, la tête pendante.

Un écarteur est placé entre les mâchoires, afin d'avoir le champ libre, et de pouvoir agir commodément.

Incision du voile avec le bistouri à $^1/_2$ centimètre en avant de son insertion sur l'os, sur une étendue de 4 centimètres et plus rapprochée du côté droit.

L'extrémité externe de l'incision entame la palatine postérieure, et donne lieu à une hémorragie de moyenne intensité, que la compression avec des boulettes imbibées d'eau de Pagliari fait cesser après 5 minutes. Introduisant l'index dans l'ouverture

ainsi créée, j'arrive facilement à l'insertion du pédicule. Je le détache avec les doigts et la rugine, et extrais le polype au bout de quelques secondes. Hémorragie facile à combattre par la compression à l'aide d'éponges montées sur des tiges de bois. Suture du voile avec trois points métalliques. Glace. Lait glacé. Compresses froides sur les parties latérales du cou.

L'examen de la tumeur, pratiqué par M. le professeur DE RECKLINGHAUSEN, montre qu'on a affaire à un fibrome ordinaire, sans éléments sarcomateux.

Le 16, enlèvement des sutures. Guérison parfaite, sauf au milieu, où les bords se disjoignent légèrement. Badigeonnage avec une solution de nitrate d'argent de $^1/_{60}$.

L'air passe facilement par la narine gauche; à droite, la même expérience ne réussit pas aussi bien; mais l'inflammation chronique de la muqueuse n'y est certes pas étrangère.

Le malade rentre guéri le 19 (6e jour).

Récidive. — Division transversale du voile du palais avec le thermo-cautère. Rugination du point d'insertion par M. le professeur BŒCKEL.

Becker entre le 31 octobre 1881 à la salle 103 pour se faire traiter d'une récidive du polype opéré précédemment.

Depuis 4 à 5 semaines il ressent de nouveau une certaine gêne respiratoire provoquée par un corps étranger dans la narine droite. Comme cet état s'aggrave, le malade vient à la consultation pour se faire examiner. M. BŒCKEL ayant constaté la présence d'un polype, le malade se décide à se faire de nouveau opérer.

État actuel : Garçon fort, robuste, paraît jouir d'une très bonne santé; voix un peu nasillarde. Bouche-t-on la narine gauche et fait-on souffler le malade par la narine droite, on constate une complète obstruction. Avec l'index, introduit jusqu'au pharynx, on arrive facilement à reconnaître que l'obstruction est produite par un polype qui descend jusque derrière le voile du palais. A l'examen du palais on constate une cicatrice transversale de la moitié droite du voile du palais.

Opération : Le 31 octobre 1881 l'opération est pratiquée. Après chloroformisation complète du malade, dont la tête est laissée pendante et soutenue seulement par la main d'un des assistants, l'ouvre-bouche est appliqué et la langue retenue par

un abaisse-langue. M. Bœckel fait alors, avec le couteau moyen du thermo-cautère de Paquelin, une section transversale du voile du palais, un peu au-dessus de l'ancienne cicatrice et comprenant toute la portion droite du voile du palais, plus une partie des piliers antérieurs sur lesquels la section est encore prolongée.

Forte hémorragie en nappe dans les surfaces sectionnées.

M. Bœckel tamponne avec des bourrelets de charpie trempés dans de l'eau de Pagliari et les maintient pendant quelque temps, après quoi l'hémorragie s'arrête momentanément. Après avoir constaté, à l'aide de l'index, que le polype a une base d'implantation assez large, M. Bœckel détache le polype de la base du crâne avec la cuiller tranchante introduite par le nez, et le retire avec une pince à travers l'ouverture du voile; un repli muqueux est coupé avec les ciseaux. Pour arrêter maintenant l'hémorragie devenue très forte, M. Bœckel tamponne avec des bourdonnets trempés dans de l'eau de Pagliari; après quelques minutes il les retire, mais l'hémorragie continue; on tamponne de nouveau et l'on remet le second temps de l'opération, à savoir l'extirpation radicale à l'aide de l'anse galvano-caustique, au surlendemain.

Température du soir : 38°,2.

1er novembre. — Température : matin 37°,3, soir 38°,4.

Les tampons sont restés en place; plus d'hémorragie; le malade va très bien, il ne se plaint de rien.

2 novembre. — Température : matin 37°,6, soir 38°,6.

Ce matin, les tampons sont tombés d'eux-mêmes, et le malade les a retirés de la bouche. Comme il exhalait un fœtor ex ore assez fort, provoqué par les tampons, on fait immédiatement une injection d'une solution de 2 p. 100 d'acide phénique. L'hémorragie est complètement arrêtée. Les injections sont répétées encore deux fois aujourd'hui.

3 novembre. — Température : matin 37°,9, soir 38°,7.

Désirant passer aujourd'hui à la cautérisation de la base d'implantation avec l'anse galvano-caustique, M. Bœckel fait chloroformer le malade et essaye d'introduire l'anse et le fixateur de celle-ci par la narine; mais le fixateur est trop large et force est d'y renoncer.

M. Bœckel se contente de tamponner la base du polype avec de la charpie trempée dans une solution de chlorure de zinc.

4 novembre. — Température : matin 38°, soir 38°,5.

Les tampons sont retirés; 3 douches sont données.

5 novembre. — Température : matin 38°,1, soir 37°,9.

Trois douches par jour. Le malade se lève.

6 novembre. — Bonnes granulations des plaies, les douches sont continuées.

8 novembre. — Cautérisation avec le crayon de nitrate d'argent d'un bourrelet de muqueuse du pharynx qui proémine dans l'ouverture artificielle.

10 novembre. — Le malade désire rentrer.

L'ouverture est encore assez grande; les plaies granulent bien. Le malade n'a aucune gêne dans la déglutition; on lui recommande de se faire des douches nasales journellement avec une solution de 1 p. 100 d'acide phénique.

Le 12 janvier 1882 le père ramène son fils; la plaie du voile est parfaitement cicatrisée, ne laissant qu'une mince ligne blanche; les narines sont libres; cependant l'air passe un peu moins vivement par la narine droite que par la gauche (rétrécissement cicatriciel). Les douches nasales ont été employées tous les jours, mais ne ramènent plus ni pus ni mucosités. On ne les pratiquera plus que trois fois par semaine. La voix est nette et normale. Le doigt introduit derrière le voile ne sent aucune grosseur.

Obs. IX. — *Polype naso-pharyngien à droite, extirpé par galvano-caustie et rugination après section transversale du voile.* Par M. le professeur Bœckel. Guérison incomplète.

(Observation recueillie par MM. Scheffer et Garcin, internes.)

Grasser, Pierre, de Hohatzenheim, âgé de 17 ans, entre à l'hôpital le 13 novembre 1882 dans le service de M. Bœckel.

Il dit avoir eu de fréquents coryzas et épistaxis. C'est à partir du mois de décembre 1881 qu'il a remarqué une gêne de la respiration par la narine droite, qui depuis quelque temps est complètement obstruée.

Le jeune homme est bien charpenté, mais lymphatique. Le nez est élargi à sa base et le malade a continuellement la bouche ouverte. Le fait-on souffler par la narine droite, il se montre

qu'il n'y passe pas d'air, par contre, la narine gauche laisse encore passer un peu d'air. En examinant la bouche, on voit que tout le voile du palais est refoulé en avant, et à l'aide de l'index introduit dans la bouche on constate la présence d'une tumeur arrondie, rénitente, occupant tout l'espace pharyngien tant transversalement que d'avant en arrière. La tumeur est unique, non lobulée, et ne se laisse aucunement déplacer.

L'examen de la narine droite laisse voir une tumeur blanchâtre.

14 novembre. — Introduction d'une éponge préparée dans la narine droite.

15 novembre. — Opération. — Le malade chloroformé, M. le professeur Bœckel introduit une sonde en gomme par la narine droite dans l'arrière-bouche, y fixe les deux bouts d'une anse galvano-caustique et retire la sonde munie du fil de la narine. L'anse est maintenant fixée en arrière du polype et attachée au manche. Le fil se casse avant que le courant ait pu sectionner. On fixe une nouvelle anse, qui sectionne en peu d'instants la base d'implantation du polype; toutefois M. Bœckel constate qu'une bonne portion est restée et que le polype nasal est encore en place.

Le malade est maintenant opéré, la tête pendante, de la façon suivante: Le voile du palais est sectionné transversalement, et tout le polype est ruginé à sa base à l'aide d'une cuiller tranchante introduite par la narine. Une hémorragie très intense s'ensuit, et l'on est obligé d'interrompre l'opération pendant un moment pour tamponner la narine et le pharynx à l'aide d'éponges imbibées d'eau de Pagliari. Après quelques minutes, on parvient à retirer les restes du polype avec la pince à polypes coudée. La narine et la partie supérieure du pharynx sont de nouveau tamponnées à l'eau de Pagliari. Le malade, auquel on a fait une injection d'éther pendant l'opération à cause de la faiblesse du pouls, est maintenant nettoyé. Longueur du polype pharyngien 5 centimètres, largeur 5 centimètres, épaisseur 2,5 centimètres, longueur du polype nasal 3 centimètres. Les polypes sont fibreux, avec angiectasie. Température du soir: 37°,2

16 novembre. — Température: matin 37°,5, soir 39°,7.

17 novembre. — Température: matin 37°,9, soir 39°,2.

On retire les éponges qui tamponnaient; le malade se

gargarise avec de la teinture de myrrhe (10 gr. dans un verre d'eau) et prend des douches nasales. Maux de tête. Vessie de glace sur la tête. Fœtor ex ore et naribus.

18 novembre. — Température: matin 38°, soir 38°,5.

19 novembre. — Température: matin 37°,6, soir 38°,4.

Tamponnement du pharynx par la section du voile avec de la mousseline iodoformée, l'odeur fétide diminue dans la journée. Pas d'appétit. Vin de quinquina et teinture de gentiane.

20 novembre. — Température: matin 37°,2, soir 37°,9.

21 novembre. — Température: matin 37°,9, soir 38°,3.

22 novembre. — Température: matin 37°,6, soir 38°,8.

On retire le tampon de mousseline iodoformée, qui ne sent pas mauvais. Pendant tout le séjour du tampon, le malade se douchait les narines, quoique l'odeur fétide ait disparu. L'appétit est toujours encore minime. La rhinoscopie ne donne pas une image bien claire et nette.

23 novembre. — Température: matin 37°,9, soir 37°,5.

24 novembre. — Température: matin 38°,2, soir 37°,9.

Le malade est chloroformé et couché la tête pendante. A l'aide de l'index introduit par la plaie du voile, on constate que la base d'implantation du polype présente un bourrelet assez épais et très vasculaire, saignant au simple toucher et qui s'étend vers les choanes. On applique sur ce bourrelet un morceau de pâte de Canquoin de 3 centimètres de longueur sur 1 centimètre d'épaisseur, et on le fixe à l'aide de bourdonnets de charpie. Injection de morphine.

25 novembre. — Température: matin 37°,6, soir 39°,5.

Ce matin de bonne heure les tampons sont tombés hors de la plaie. On retire la pâte de Canquoin par petits morceaux. Le malade se plaint de douleurs dans la mâchoire et il n'ouvre qu'imparfaitement la bouche. Il se douche fréquemment la bouche et les narines avec une solution phéniquée.

26 novembre. — Température: matin 38°,5, soir 38°,4.

27 novembre. — Température: matin 37°, soir 38°,4.

Ce matin le malade montre à la visite un morceau de tissus qui s'est détaché et paraissant avoir fait partie de la tumeur.

28 novembre. — Température: matin 37°, soir 38°,4.

29 novembre. — Température: matin 36°,9, soir 37°,4.

30 novembre. — Température: matin 36°,8, soir 37°,7.

Le malade a craché deux esquilles après s'être douché. La plaie se nettoie bien, toutefois on sent encore au toucher une assez grande masse de tumeur, dont on voit même une partie à travers la plaie du voile.

1er décembre. — Température: matin 37°,8, soir 37°,8.

2 décembre. — Température: matin 37°,4, soir 39°.

Chloroforme. Cautérisation de l'implantation de la tumeur au crayon de Filhos. La cuiller tranchante est introduite par la narine, et la base de la tumeur est raclée pendant que le malade se trouve dans la position de Rose. Forte hémorragie qui nécessite un tamponnement rapide à l'aide d'une éponge qu'on laisse 2 minutes en place, puis on tamponne toute la partie rétro-nasale avec des tampons de charpie trempés dans une solution de chlorure de zinc (1:10). A onze heures du matin les douleurs nécessitent une injection de morphine de 1 centigramme.

3 décembre. — Température: matin 38°,5, soir 38°,6.

On enlève les tampons. Douches.

4 décembre. — Température: matin 37°,8, soir 37°,1.

5 décembre. — Température: matin 36°,9, soir 37°,5.

6 décembre. — Température: matin 36°,8, soir 38°.

7 décembre. — Température: matin 37°,5, soir 38°,3.

8 décembre. — Température: matin 36°,9, soir 37°,8.

Cautérisation avec le crayon de Filhos et application de pâte de Canquoin fixée par des bourdonnets de charpie qu'on enlève le lendemain matin.

9 décembre. — Température: matin 37°,2, soir 37°,6.

13 décembre. — Même opération que le 8. Température du soir: 37°,7.

Le 14 et le 15 décembre élévations de température à 39°,6 et 38°,2, puis température normale.

18 décembre. — En voulant cautériser le reste de la tumeur avec le crayon de Filhos, on provoque une telle hémorragie, qu'il faut rapidement tamponner avec des bourdonnets de charpie et s'abstenir de toute médication ultérieure.

22 décembre. — Le malade, qui est très anémique, rentre provisoirement chez lui pour se remettre et promet de revenir vers le milieu du mois prochain. On constate au départ à travers la plaie du voile, qui n'est que peu rétrécie, une assez grande masse de tumeur qui saigne au simple toucher.

16 janvier 1883. — Le malade vient se montrer aujourd'hui au service. Il a très bonne mine, la parole a perdu presque complètement son ton nasal, quoiqu'il existe encore une assez grande ouverture dans le voile, à travers laquelle on aperçoit la tumeur qui a manifestement augmenté de volume. Le malade, après avoir promis de rester au service, se sauve tout de même et se soustrait ainsi à toute intervention.

Obs. X. — *Polype naso-pharyngien, détruit après l'incision transversale du voile du palais au moyen de la rugination, de la cautérisation avec une solution de chlorure de zinc, et de l'application de la pâte de* Canquoin, *au moyen d'un appareil imaginé par M. le professeur* Bœckel.

(Observation recueillie par M. Garcin, interne.)

Hübsch, Michel, de Riedseltz, âgé de 22 ans, cultivateur, entre à l'hôpital le 13 juin 1883, dans le service de M. le professeur Bœckel.

Ce malade, un jeune homme de taille moyenne, solidement bâti et à la mine florissante, se sentit gêné dans la respiration à partir de la fin du mois d'avril dernier. Vers la Pentecôte il se montra une petite tumeur ronde dans la narine droite que son médecin lui arracha avec une seconde de pareil volume dans la même séance. Cette opération fut suivie d'une forte hémorragie. Mais malgré cette intervention, les symptômes d'occlusion de la narine droite ne firent qu'augmenter, ce qui le décida à entrer à l'hôpital. A son entrée on constate une légère, mais très manifeste tuméfaction de la joue droite. En examinant par la narine droite, on aperçoit une tumeur assez volumineuse pour occuper tout le champ visuel. Par le toucher on constate derrière le voile du palais et à droite une tumeur grande, dure, et à base d'implantation très large, l'examen digital ne provoque qu'une hémorragie minime. On ne constate pas de tumeur dans l'antre d'Highmore pouvant expliquer la tuméfaction, d'ailleurs très molle, de la joue droite.

15 juin. — Après chloroformisation on essaye d'enlever le polype au moyen de l'anse galvano-caustique. A cet effet on introduit par la narine droite une sonde élastique, dont on fait

sortir le bout par la bouche pour engager par chaque œil de la sonde un bout du fil de platine, après quoi on retire la sonde et l'on essaye de saisir la base de la tumeur avec l'anse. Malgré plusieurs essais, cette manœuvre échoue, et comme on ne parvient à arracher le polype au moyen de pinces, on se décide à faire l'incision transversale du voile du palais à l'aide du thermo-cautère de Paquelin, le malade ayant la tête pendante, opération qui est terminée sans la moindre hémorragie. Maintenant M. Bœckel, ayant introduit l'index gauche par la fente du voile, et la cuiller tranchante par la narine droite, rugine la base d'implantation du polype. Pendant ce temps le sang coule à flots, malgré cela on ne cesse qu'après avoir enlevé et extrait la tumeur aussi complètement que possible. Tamponnement de l'implantation par l'incision avec des bourdonnets imbibés de solution de chlorure de zinc et tamponnement de la narine droite avec un bourdonnet simple. A la fin de l'opération, pendant laquelle le malade n'a été que très peu chloroformé, celui-ci est très pâle, sans que pour cela son pouls soit trop faible. Le changement dans la figure est d'autant plus frappant que lors de son entrée le malade avait les joues très rouges et une mine exubérante. On couche le malade dans une position presque horizontale. Léger suintement sanguinolent jusqu'au soir sans trop de douleurs. Vessie de glace sur la tête. — Température du soir: 37°,1.

16 juin. — Température: matin 38°,4, soir 38°,1. Comme le suintement continue encore, on laisse les tampons en place. A l'intérieur glace, lait et bouillon froids. L'examen histologique de la tumeur montre que c'était un polype fibreux.

17 juin. — Température: matin 38°,3, soir 38°,7.

Enlèvement des tampons imbibés de chlorure de zinc. Hémorragie consécutive assez forte, pour nécessiter la mise en place de bourdonnets trempés dans l'eau de Pagliari.

18 juin. — Température: matin 38°,3, soir 38°,2.

19 juin. — Température: matin 37°,5, soir 38°.

Enlèvement définitif des bourdonnets de charpie et douche nasale deux fois par jour.

20 juin. — Température: matin 37°,6, soir 38°,6.

21 juin. — Température: matin 37°, soir 38°.

22 juin. — Température: matin 37°,1, soir 37°,6.

23 juin. — Température: matin 37°,9, soir 37°,4.

Tous les matins on extrait avec les pinces des morceaux de tissus mortifiés.

24 juin. — Température: matin 37°, soir 37°,6. La base d'implantation du polype étant toujours très molle, sans doute à cause d'un reste de tumeur, on se décide à la cautériser énergiquement. M. Bœckel a fait faire une tige d'acier, munie d'une petite palette de la grandeur d'une pièce de deux francs à peu près, sur laquelle il place un morceau de pâte de Canquoin. Ainsi chargée, la palette est introduite à travers l'incision du voile et vient s'appliquer avec la pâte sur l'implantation du polype. L'extrémité de la tige sortant de la bouche est recourbée à angle droit et monte sur le front, où elle est fixée dans un petit écran attaché à une ceinture de cuir. Selon les cas on modifie légèrement la courbure de la tige, pour que le plateau s'applique exactement sur le point malade. Le soir, au bout de 4 ou 5 heures, on retire l'appareil, la cautérisation étant assez énergique pour exfolier la surface de l'os. Douche.

25 juin. — Température: matin 37°,2, soir 38°.

26 juin. — Température: matin 37°,4, soir 37°,4.

27 juin. — Température: matin 37°,8, soir 38°.

L'escarre produite par la cautérisation s'enlève presque d'une pièce.

28 juin. — Température: matin 37°, soir 37°,2.

29 juin. — Température: matin 37°,5, soir 37°,4.

30 juin. — Température: matin 37°, soir 38°.

Cautérisation comme le 24 juin au moyen de l'appareil.

1er juillet. — Température: matin 38°,1, soir 38°,1.

2 juillet. — Température: matin, 37°, soir 37°,8.

11 juillet. — Le malade se plaint de douleurs aux amygdales, qui sont extrêmement grandes. On profite de l'occasion de son séjour à l'hôpital pour les lui enlever à l'aide du bistouri boutonné.

14 juillet. — Le malade, qui avait demandé à rentrer, revient à la hâte de la gare à cause d'une hémorragie assez intense qu'il a eue au moment de quitter. Cette hémorragie part du côté droit du pharynx, siège de la tumeur enlevée. Une douche glacée arrête assez vite l'hémorragie. Mais le soir celle-ci s'étant répétée, on tamponne avec 3 bourdonnets trempés

dans de l'eau de PAGLIARI, par l'ouverture du voile encore entr'ouverte ainsi que par le nez.

16 juillet. — Enlèvement des tampons, douches nasales.

20 juillet. — Cautérisation de la masse bourgeonnante ayant causé l'hémorragie à l'aide d'un porte-crayon coudé.

24 juillet. — Cautérisation analogue.

25 juillet. — Le malade rentre chez lui. La fente du voile a la forme d'un triangle isocèle, dont la base a une longueur d'à peu près $1^1/_2$ centimètre et une hauteur d'à peu près 1 centimètre. Le malade n'a plus saigné depuis le 16 juillet. Il est encore un peu pâle, mais cependant très valide. On lui enjoint de venir se montrer dans six semaines ou deux mois.

De ces observations ressortent clairement les avantages de la nouvelle méthode. La position de ROSE, que l'on fait prendre au malade, empêche le sang de pénétrer dans les voies respiratoires, les narines et la bouche étant placées plus bas que le larynx. En même temps, on prévient de cette façon les syncopes pouvant résulter de la perte du sang. Éloigne-t-on la langue du palais, on voit distinctement le voile du palais et, après son incision, le pharynx. L'hémorragie résultant de cette incision peut être ou bien évitée complètement, si l'on se sert du thermo-cautère de PAQUELIN, ou facilement arrêtée, si l'on se sert du bistouri, au moyen de tampons imbibés d'eau de PAGLIARI. La boutonnière ainsi formée permet au chirurgien de guider, en y introduisant le doigt, l'instrument destiné à détruire le polype; car aussitôt que l'on touche au polype, le sang coule à flots et il n'est plus question de se guider par les yeux. M. le professeur BŒCKEL se sert dans ce but d'une petite cuiller tranchante qui, introduite par la narine, arrive facilement sur le lieu d'implantation et

peut, guidée par le doigt introduit par la bouche, arracher la tumeur et enlever son implantation jusqu'au périoste. De même le galvano-cautère à bout de porcelaine pouvant servir à cautériser après l'opération la place d'implantation de la tumeur, peut être introduit à froid par la narine et guidé commodément sur la place voulue. Cependant, M. Bœckel a reconnu que le galvano-cautère n'agit pas assez énergiquement et il préfère cautériser à la pâte de Canquoin en procédant comme c'est indiqué dans la dernière observation. De cette façon on peut être sûr que toute partie malade est détruite par le caustique. Un des grands avantages de la méthode est encore l'inutilité d'une longue opération consécutive pour fermer l'incision, vu qu'elle se ferme d'elle-même après une quinzaine de jours, comme il ressort des observations et qu'il faut tout au plus quelques cautérisations pour hâter la guérison. Les nombreuses récidives des polypes naso-pharyngiens nécessitent une méthode d'opération que l'on puisse répéter et cette indication est encore pleinement remplie par le procédé nouveau, que l'on peut répéter aussi souvent que le besoin s'en fait sentir.

L'incision transversale du voile du palais ne pourra certainement remplacer toutes les méthodes anciennes; mais elle pourra dans certains cas être avantageusement employée en place d'opérations beaucoup plus dangereuses et plus destructives.

Aura-t-on affaire à un simple polype pharyngien pédiculé, les voies naturelles suffiront pour l'extraire, soit par arrachement, par ligature ou par l'anse galvano-caustique. Aura-t-on par contre, ce qui est plus souvent

le cas, un polype naso-pharyngien à large implantation, récidivant souvent, ces méthodes ne pourront plus servir, et ce sera là que la méthode de M. Bœckel sera indiquée, parce qu'elle permettra mieux qu'aucune autre, offrant aussi peu de danger, d'arriver à atteindre toutes les parties de la tumeur. Pour les polypes qui envahissent les cavités attenantes du nez, les sinus maxillaires, la fosse zygomatique, les résections temporaires seront indiquées, comme permettant seules de poursuivre toutes les ramifications du néoplasme. Les deux fosses nasales sont-elles remplies par le néoplasme, les résections temporaires du nez seront à employer.

Les indications et les avantages de la méthode de M. Bœckel peuvent donc se résumer de la façon suivante :

Elle est indiquée et la plus avantageuse dans les récidives et pour tous les polypes naso-pharyngiens à base large, n'ayant pas envahi les cavités attenantes du nez, donc pour une grande partie des cas; elle a l'avantage d'être moins dangereuse que la plupart des méthodes, de donner beaucoup de place, de ne laisser aucune déformation et de pouvoir être répétée plusieurs fois sans inconvénient.

Il me reste à remercier M. le professeur Eugène Bœckel, ainsi que M. le docteur Jules Bœckel, pour les bons conseils qu'ils ont bien voulu me donner et les observations qu'ils ont mises à ma disposition pour ce travail.